

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919 1920. — N° 55

LA
THYROÏDECTOMIE SOUS-CAPSULAIRE
DANS LE
GOITRE EXOPHTALMIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Novembre 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice GAILLARD

Né, le 10 juin 1889, à Grenoble (Isère),

Ex interne de l'Hôpital Saint-Luc,

Décoré de la Croix de Guerre et de la Médaille d'Argent des épidémies.

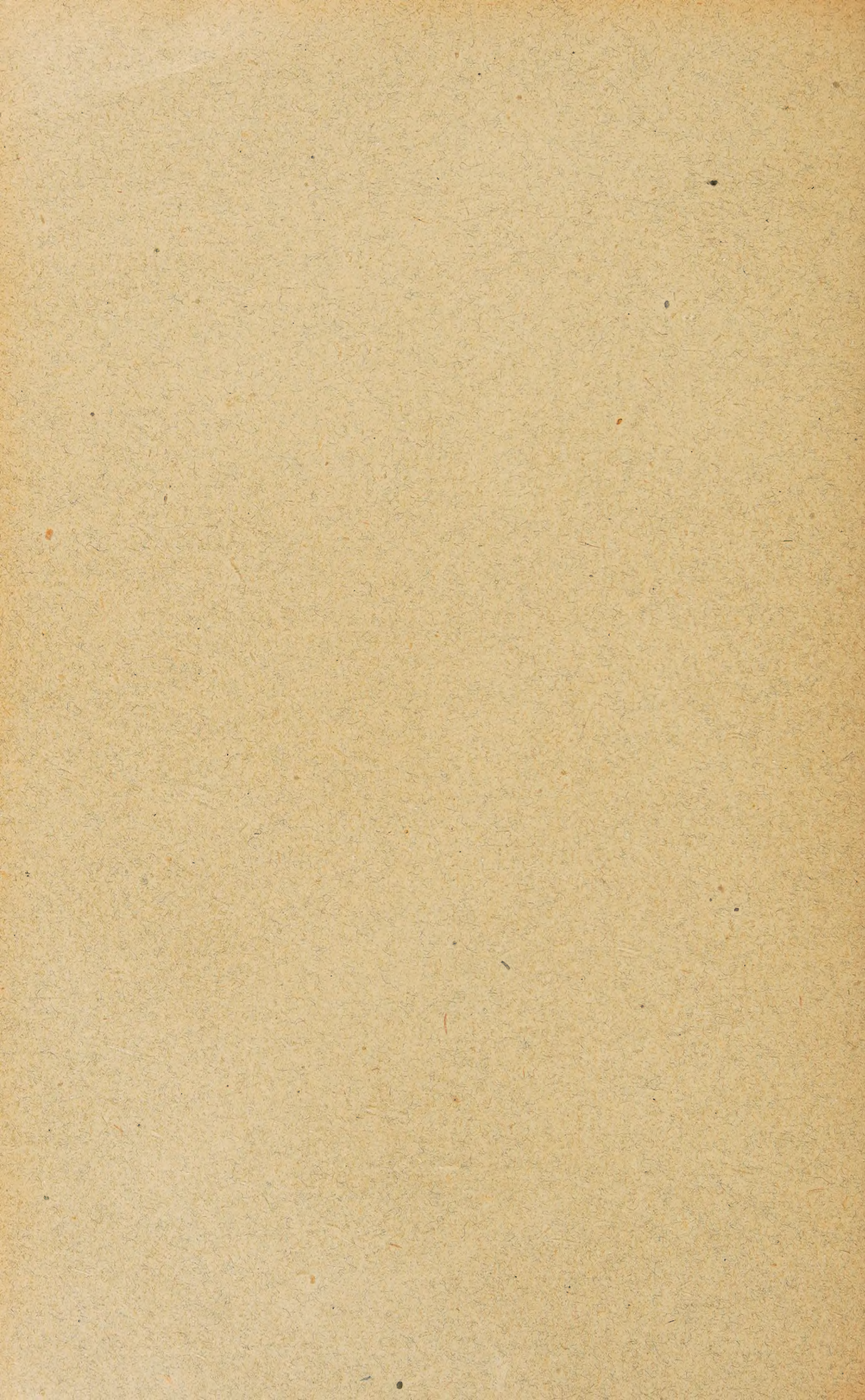


LYON

CLÉMENTELLE & CREUSAT, IMPRIMEURS

8, RUE MARIETTON, 8

—
Novembre 1919



LA
THYROÏDECTOMIE SOUS-CAPSULAIRE

DANS LE
GOITRE EXOPHTALMIQUE

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. LEPINE. ASSESEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, R. LEPINE, PIERRET,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, MORAT, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements	BARD
Clinique ophtalmologique	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BÉRARD
Clinique des maladies nerveuses et mentales	FABRE
Clinique des maladies des enfants	ROLLET
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.	LEPINE (J.)
Chimie biologique	WEILL
Chimie organique et Toxicologie	POLLOSSON (A.)
Matière médicale et Botanique	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ
Anatomie	MOREL
Anatomie générale et Histologie	MOREAU
Physiologie	GUIART
Pathologie interne.	X.
Pathologie et Thérapeutiques générales	POLICARD
Anatomie pathologique	DOYON
Médecine opératoire	COLLET
Médecine expérimentale et comparée	MOURIQUAND
Médecine légale	PAVIOT
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique	X.
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS
Pathologie externe	VALLAS
Maladies des voies urinaires	ROCHET

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL,	agréé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN	—
Chirurgie infantile.	NOVE-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	LATARJET,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD,	—
Clinique infantile	X.,,	—
Déontologie et médecine professionnelle	X.,,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	LATARJET	ARLOING (F.)	PIERY
COMMANDEUR	BRETIN	GUILLEMARD	COTTE
NEVEU-LEMAIRE	LERICHE	GARIN	DUROUX
LAROYENNE	THEVENOT (Léon)	SAVY	BONNAMOUR, chargé
VORON	TAVERNIER	FROMENT	des fonctions.
NOGIER	CADE	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT id.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINAT URS DE LA THESE

MM. ROCHET, *Président*; LAROYENNE, *Assesseur*.

MM. LERICHE, et THEVENOT Léon, *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1919-1920. — N° 55

LA
THYROÏDECTOMIE SOUS-CAPSULAIRE
DANS LE
GOITRE EXOPHTALMIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 Novembre 1919

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice GAILLARD

Né, le 10 juin 1889, à Grenoble (Isère),

Ex interne de l'Hôpital Saint-Luc,

Décoré de la Croix de Guerre et de la Médaille d'Argent des épidémies.



LYON

CLÉMENTELLE & CREUSAT, IMPRIMEURS

8, RUE MARIETTON, 8

Novembre 1919

Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA FAMILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROCHET

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SIRAUD

A TOUS MES MAÎTRES DES HÔPITAUX

LA
THYROÏDECTOMIE SOUS - CAPSULAIRE
DANS LE
GOITRE EXOPHTALMIQUE

I

AVANT-PROPOS

C'est à M. le professeur agrégé SIRAUD que nous devons d'avoir pu étudier et exposer le sujet de notre thèse. Il a bien voulu nous confier ce travail et mettre à notre disposition quelques-unes des plus typiques observations, qui lui ont permis d'enregistrer déjà une série de cinquante-trois succès sans accidents.

Durant un an, nous avons eu l'honneur d'être son assistant à l'hôpital Saint-Luc.

C'est à sa direction, à la fois bienveillante et ferme, que nous devons les notions chirurgicales pratiques que nous avons pu acquérir au cours de nos études.

Nous sommes heureux de pouvoir l'en remercier sincèrement.

A tous nos autres Maîtres des hôpitaux de Lyon, nous exprimons aussi notre entière reconnaissance.

Enfin, à tous nos amis et camarades de Faculté, aux côtés de qui nous avons traversé les heures studieuses ou agréables de notre jeunesse universitaire, à tous ceux aussi que les hasards de la guerre nous ont permis de connaître et d'apprécier, nous adressons ici notre bien cordial souvenir.

II

HISTORIQUE

« Un gros cœur, un gros cou, de gros yeux. »

C'est ainsi que PETER avait défini le goitre exophtalmique, appelé encore maladie de Graves ou de Basedow. En d'autres termes : tachycardie, hypertrophie thyroïdienne, exophtalmie, tels sont les trois grands symptômes dominants de la maladie.

Le faciès du malade est caractéristique.

Il a pu même le paraître assez pour que Léonard de Vinci eût l'idée d'en esquisser le masque presque tragique.

Hippocrate déjà, si nous en croyons Saint-Lager, avait signalé certaines variétés de tumeurs du cou accompagnées « d'exorbitisme ».

Longtemps, la thérapeutique du goitre exophtalmique est restée cantonnée dans le domaine purement médical. Il fallut que l'ère de l'antisepsie apportât aux chirurgiens assez d'assurance pour que, vers 1880, l'Académie de Médecine, émue des « entreprises criminelles » tentées par de trop aventureux opérateurs

mit à l'étude les procédés chirurgicaux. Et c'est vers 1883 que la thérapeutique médicale est battue en brèche par KOCHER, SOCIN, BILLROTH, et un peu plus tard TILLAUX, LISTER, WÖLFLE et les REVERDIN.

Ces temps derniers enfin, malgré l'entrée en ligne d'agents médicamenteux ou physiques tout modernes, tels que l'opothérapie, la sérothérapie, la radiothérapie, le traitement chirurgical des goitres en général et du goitre exophtalmique en particulier est à l'ordre du jour, notamment à Lyon avec PONCET et JABOULAY. La thyroïdectomie partielle ou totale est actuellement journellement pratiquée suivant des procédés opératoires divers.

III

A. EXPOSÉ SOMMAIRE

DES PRINCIPAUX PROCÉDÉS DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE DU GOITRE EXOPHTALMIQUE

Ces procédés sont assez nombreux. Les voici successivement exposés :

1° Le traitement médicamenteux banal :

- a)* Les médicaments sédatifs (bromures, opiacés, belladonne, valériane).
- b)* Les médicaments toniques (arsenic, quinquina, fer).
- c)* Les médicaments cardiaques (digitale, strophanthus, spartéine).
- d)* Les médicaments salicylés.

2° Le traitement antithyroïdien, c'est-à-dire l'opothérapie thyroïdienne et l'opothérapie thymique.

Déjà RÆNSEN, en 1892, avait songé à la médication thyroïdienne « pour suppléer, disait-il, à la sécrétion viciée de la glande ».

La théorie actuelle de ce procédé a été très clairement exposée par LENORMANT¹ : « Dans un organisme normal, dit-il, la sécrétion thyroïdienne est, très probablement, employée à détruire ou à modifier des substances nocives produites par la combustion des tissus. Si donc le goitre exophtalmique est le résultat d'une hyperthyroïdisation, cela veut dire qu'une partie de la sécrétion reste inutilisée et agit sur les divers organes pour déterminer les symptômes de la maladie. D'autre part, le sang et les humeurs des animaux thyroïdectomisés doivent renfermer ces substances nocives que la sécrétion thyroïdienne devait détruire. On en peut conclure que l'introduction dans l'organisme d'un basedowien des humeurs provenant d'un animal thyroïdectomisé fournira à la sécrétion thyroïdienne en excès de nouvelles substances à détruire et la neutralisera. Pour ainsi dire, l'hyperthyroïdisme du basedowien et l'hypothyroïdisme de l'animal thyroïdectomisé se compenseront. »

Cette théorie est évidemment très séduisante.

BALLET et HENRIQUEZ eurent ainsi l'idée poursuivie par MÖBIUS, BURKART et LANZ d'administrer, soit par ingestion, soit en injections le lait de chèvre et le sérum de chien préalablement thyroïdectomisés. (C'est là le procédé thérapeutique de choix préconisé encore actuellement par Guy Masson, de Genève.)

En 1905, HELLION présenta « l'hémato-éthyroïdine » ou sang total glycériné de moutons éthyroïdés.

¹ LENORMANT, Goitre exophtalmique (*Précis de Pathol. chirurg.*, p. 853, Masson et C^{ie}, édit.

Enfin, en 1906, ROGERS et BEEBE, en Amérique, ont tenté la sérothérapie thyrotoxique qui eut son application surtout par le *sérum de Möbius*. Le principe de la médication était le suivant :

On sait que l'extrait du corps thyroïde humain injecté à un animal, donne lieu dans le sérum sanguin de cet animal à la production de substances capables de neutraliser la toxine basedowienne et de provoquer, par suite de réactions cytolytiques, une régression du corps thyroïde. L'injection du sérum thyrotoxique chez un malade basedowien atténuerait, puis supprimerait l'exagération de la fonction thyroïdienne.

L'*opothérapie thymique* repose sur l'existence d'une hypertrophie de compensation que l'on retrouve fréquemment dans le thymus des goitreux exophtalmiques.

Selon LÉON BÉRARD¹, « elle aurait cependant été le résultat d'une erreur d'Owen qui, voulant injecter à un basedowien de l'extrait thyroïdien, se servit par mégarde de l'extrait de thymus et guérit son malade ».

Enfin, l'*opothérapie testiculaire, ovarienne, hypophysaire*, auraient été tentées avec un certain succès, au moins transitoire, selon Moreau.

3° L'électrothérapie. — Ce procédé de traitement consiste dans la galvanisation de la région cervicale antérieure et dans la faradisation de la région précordiale.

¹ LÉON BÉRARD, Corps thyroïde. Goitres (*Nouveau Traité de Chir.*, Le Dentu et Delbet, p. 395, Baillièrre et Fils, Paris).

4° La radiothérapie et la radiumthérapie. — Nous groupons ensemble ces deux procédés thérapeutiques, car ils ont paru donner des résultats semblables.

WILLIAMS, en 1902 et PUSEY, en 1903, ont été les premiers à en tenter l'expérience. Depuis lors, l'emploi s'en est considérablement répandu. La durée d'exposition et la distance souffrent quelques différences selon les auteurs.

B. LES RÉSULTATS OBTENUS

PAR CES PROCÉDÉS

1° Le traitement médicamenteux banal est purement symptomatique ou demeure l'adjuvant et le complément des traitements spécifiques. La médication salicylée, un moment à l'ordre du jour est rapidement tombée dans l'oubli.

2° Le traitement antithyroïdien a donné des résultats fort variables. Toutefois, dans une statistique portant sur 200 cas, SAINTON, au Congrès français de Médecine en 1907 a pu déclarer :

Guérisons, 10 pour 100.

Améliorations, 80 pour 100.

Echecs, 8 pour 100.

Aggravations, 2 pour 100.

Ajoutons cependant que les améliorations ainsi obtenues sont généralement fugitives et subordonnées à la continuité du traitement.

Le *sérum thyrotoxique* de ROGERS et BEEBE, à la dose de 1 centimètre cube par semaine, administré durant quatre mois, aurait donné les résultats suivants.

Sur 90 malades traités :

Guérisons, 23.

Améliorations, 52.

Insuccès, 11.

Mentionnons, d'autre part, que la mort de trois de ces malades aurait été enregistrée au cours du traitement. L'un d'eux aurait été intoxiqué par les substances tirées de la glande thyroïde d'un autre malade basedowien.

Pour les uns, le *sérum de Möbius* serait d'une incontestable efficacité. Pour d'autres, son action serait à peu près nulle. Telle est notamment l'opinion de RATTNER¹, pour qui la suggestion jouerait un grand rôle dans les cas d'amélioration par ce sérum.

C'est là également l'opinion de MACKENZIE, de MURRAY, de KÜHL, de SIDNAY, cités par HEINZE².

Pour le professeur DEVIC, ces divergences d'opinion s'expliqueraient par ce fait que les expérimentateurs comptent dans les statistiques les cas de goîtres basedowifiés.

Or, selon DEVIC, le sérum de MÖBIUS, souvent efficace dans les goîtres simples et dans les goîtres exophtalmiques très récents, a des effets absolument nuls sur les vieux goîtres basedowifiés.

¹ RATTNER, *Neurol. Centralbl.*, 1907, p. 201.

² HEINZE, *Deutsche méd.-Woch.*, 1906, p. 755.

3° L'opothérapie thymique présente comme principal avantage la simplicité de son administration. Il suffirait, selon Louis DOR¹ et Henri DOR², de faire absorber à un malade 15 à 100 grammes par jour de thymus frais, haché et roulé en boulettes, pour obtenir des améliorations sinon sérieuses, du moins temporaires.

Les opothérapies testiculaire, ovarienne, hypophysaire n'ont guère été utilisées jusqu'ici qu'à titre d'essai.

4° L'électrothérapie, la *radiothérapie* et la *radiumthérapie* ont pu s'attribuer des améliorations véritables sinon durables, par diminution de la tachycardie et par amélioration des troubles nerveux. « Mais, dit LÉON BÉRARD³, le traitement par les rayons de Röntgen préconisé par BACK, essayé par MURRAY, WIDERMANN, STEGMANN, SKŁODOWSKI à l'étranger, BÉCLÈRE, BARJON, DESTOT et nous-mêmes en France, ne s'est montré efficace que chez la moitié des malades. »

Aucune guérison réelle, définitive, n'a donc pu, jusqu'à présent justifier de l'efficacité certaine, absolue, de la thérapeutique médicale dans le goitre exophtalmique. Toutes, en tout cas, attendent la sanction du temps.

¹ Louis DOR, *Rev. gén. d'Opht.*, 1904.

² Henri DOR, *Revue gén. d'Opht.*, 1906.

³ LÉON BÉRARD, Corps thy. Goîtres (*Nouv. Traité de chir.*, LE DENTU et DELBET, p. 395).

IV

A. EXPOSÉ DES PRINCIPAUX PROCÉDÉS CHIRURGICAUX

L'intervention sanglante est pratiquée :

- 1° Sur le corps thyroïde ;
- 2° Sur le thymus ;
- 3° Sur le sympathique cervical.

I. OPÉRATIONS SUR LE CORPS THYROÏDE

Nous ne parlerons que pour mémoire de la *cautérisation au fer rouge* et au *canquoin* (de BONNET), du *drainage au séton* (de ROLANDUS), de l'*écrasement à la chaîne* (de CHASSAIGNAC), de l'*acupuncture* (de BILLROTH), procédés aujourd'hui abandonnés.

VERNEUIL, DUGUET, TERRILLON, puis SEBILLEAU et PITRES ont eu tout d'abord recours à :

a) L'*injection interstitielle de substances modifiatrices* (teinture d'iode, éther iodoformé) dans l'épaisseur de la glande hypertrophiée.

b) Les *ligatures des artères thyroïdiennes* et

c) La *thyroïdectomie partielle* sont aujourd'hui les interventions les plus en faveur.

Exécutées surtout par BILLROTH, MICKULICZ, WÖLFLE et KOCHER, le rôle des *ligatures artérielles* est surtout d'ordre palliatif, destiné à rendre la vascularisation moins intense dans la glande, et aussi, selon GIRARD, d'interrompre la continuité des plexus nerveux périartériels.

La *thyroïdectomie partielle* constitue l'extirpation extracapsulaire du goitre. Elle consiste dans l'ablation totale d'un lobe avec ablation partielle du deuxième lobe.

Le nerf récurrent et les parathyroïdes sont soigneusement ménagés. Nous nous bornerons à décrire très sommairement les phases opératoires de cette intervention. A savoir :

1° Dénudation et libération de la tumeur ;

2° Ligature et section de ses attaches vasculaires ;

3° Section de l'isthme thyroïdien et ablation des parties hypertrophiées de la glande. LANDSTÖRM complétait la thyroïdectomie par les ligatures des artères du lobe conservé.

d) L'*exothyropexie* a été tentée pour la première fois à Lyon par JABOULAY, puis reprise par PONCET et BÉRARD. Elle consiste dans la mise à nu du goitre, qui est ensuite luxé au dehors, puis laissé ainsi sous la protection d'un pansement.

D'après ces auteurs, le lobe thyroïdien se desséchait peu à peu, se sphacélait partiellement, et finalement se rétractait par sclérose.

II. OPÉRATIONS SUR LE THYMUS

Un très petit nombre seulement (une quinzaine) ont été jusqu'ici pratiquées. La première a été tentée par GARRÉ en 1911. L'intervention consiste soit dans la thymectomie simple, soit dans la thyroïdectomie complétée par la thymectomie. RÖPKE, VON HABERER, BOYER ont fait dans ce sens de timides tentatives sans obtenir de résultats nettement positifs.

III. OPÉRATIONS SUR LE SYMPATHIQUE CERVICAL

Ce fut dans le but d'agir directement sur l'exophtalmie et sur les troubles nerveux généraux que JABOULAY, en 1896, pratiqua le premier l'ablation bilatérale du ganglion cervical supérieur du sympathique, réalisant ainsi la sympathicectomie cervicale partielle.

JABOULAY lui-même décrit l'opération en quatre temps principaux ainsi résumés :

Premier temps. — Incision le long du bord postérieur du sterno-mastoïdien, depuis la pointe de la mastoïde, sur une étendue de 6 à 7 centimètres. Ménager la branche externe du spinal.

Deuxième temps. — Reconnaître, puis dégager la jugulaire interne, et avec elle le paquet vasculo-nerveux.

Troisième temps. — Chercher le cordon sympa-

thique sur la chaîne des tubercules antérieurs des apophyses vertébrales transverses. Reconnaître le renflement fusiforme du ganglion cervical supérieur.

Quatrième temps. — Dégager, puis sectionner le cordon aux deux extrémités du ganglion. Extirper le ganglion en sectionnant ses afférents et ses efférents.

SOULIÉ pratiqua la *sympathicectomie cervicale totale*, réséquant intégralement la chaîne cervicale.

JONNESCO fit ensuite la *sympathicectomie cervico-thoracique*, réséquant outre la chaîne le premier ganglion thoracique.

B. LES RÉSULTATS OBTENUS

PAR CES PROCÉDÉS

I

a) **Les injections interstitielles** de liquides modificateurs ont donné des résultats nettement défavorables. Selon BÉRARD¹, « cette méthode risque autant que les opérations chirurgicales réglées de causer des accidents immédiats mortels par thyroïdisme aigu; en outre, il est difficile de limiter son action sur la glande, et on a signalé avec elle des cas de myxoédème tardif, par sclérose étendue de la thyroïde ».

¹ LÉON BÉRARD, corps thyroïde. Goitres (*Nouv. traité de Chir.*, LE DENTU et DELBET, p. 396, Baillière et fils, édit., Paris).

b) **Les ligatures artérielles** ne constituent pas, nous l'avons dit, une opération curatrice. Il est en effet anatomiquement impossible d'arrêter complètement la circulation artérielle dans la glande, à cause des anastomoses nombreuses entre les artères thyroïdiennes et les artères de voisinage. L'ischémie obtenue temporairement ne paraît guère avoir d'action modificatrice sur la glande, ni sur sa sécrétion (peut-être par action des nerfs vaso-moteurs ou sécrétoires). Tout au plus, nous semble-t-il, peut-on utiliser les ligatures d'artères à titre d'intervention préparatoire à une énucléation partielle de la glande selon le procédé de Landstörn. Et encore cette intervention n'est-elle pas exempte de tout danger.

Sur 34 observations, KOCHER a noté :

Améliorations : 31.

Décès : 3.

c) **La thyroïdectomie partielle**, très en faveur actuellement a donné lieu à des résultats très diversement interprétés par les différents cliniciens. Il ne paraît pas douteux que l'on puisse lui attribuer des améliorations considérables, et même, semble-t-il dans certains cas, des guérisons peut-être définitives. En revanche, l'opération a donné lieu fréquemment à des troubles sérieux consistant en hémorragies, tétanie, dyspnée avec réaction fébrile, enfin à des cas de mort par asystolie aiguë.

D'après les rapports fournis par un certain nombre de statistiques, notamment celles de FREIBERG, Allen

STARR, PONCET et JABOULAY, la thyroïdectomie partielle aurait donné les résultats suivants :

Guérisons : 45 à 50 pour 100.

Mortalité immédiate : 15 à 30 pour 100.

Résultats douteux : 25 à 40 pour 100.

d) **L'exothyropexie** constitue un procédé opératoire à résultats fort éloignés. De plus, elle semble avoir été souvent suivie d'accidents plus ou moins graves, savoir : tachycardie intense, nervosisme extrême du malade aboutissant parfois à des accès de contracture tétanique. Des cas mortels ont été observés par arrêt du cœur en collapsus. Enfin la longue extériorisation de l'organe peut être le point de départ d'une septicémie chronique.

Selon BÉRARD¹ sur 11 malades opérés, PONCET a pu enregistrer :

Guérisons ou améliorations : 7.

Insuccès : 2.

Décès : 2 par basedowisme suraigu.

II

Les interventions sur le thymus sont de pratique trop récente pour qu'il nous soit permis d'exprimer sur elles une opinion valable.

Selon Guy MASSON², sur 6 opérations connues « une

¹ BÉRARD, corps thy. Goîtres. (*Nouv. traité de Chir.*, p. 398).

² G. MASSON, *Goitre exopht. Pathogénie, traitement*. (Thèse de Genève, 1918, p. 82.)

entraîna la mort, une autre fut suivie de récurrence, deux procurèrent l'amélioration de l'état subjectif seulement. Enfin les deux autres procurèrent une très grande amélioration de tous les symptômes. »

Donc, résultats peu encourageants.

III

Les interventions sur le sympathique cervical sont difficiles à exécuter, elles exigent une technique opératoire minutieuse qui mériterait des succès plus effectifs que ceux auxquels le chirurgien peut actuellement prétendre.

La sympathicectomie aurait donné à JABOULAY, à SOULIÉ, à JONNESCO des améliorations sérieuses, portant notamment sur l'exophtalmie et sur les troubles d'origine nerveuse. Il n'en n'est pas moins vrai qu'il s'agit là d'une opération grave suivie parfois de mort due vraisemblablement à des accidents d'hyperthyroïdisme aigu. LENORMANT¹ a pu nous fournir la statistique suivante :

76 cas antérieurs à 1910 ont donné 12 morts, soit 16 pour 100.

JABOULAY aurait perdu 6 opérés sur 31, soit 19 pour 100.

Notons aussi des accidents tardifs, assez difficiles à

¹ LENORMANT, goitre exopht. (*Précis de Pathol. chirurg.*, p. 857, Masson et C^{ie}, édit., Paris.)

expliquer, tels que celui-ci relaté par le Dr JACQUEAU¹ : « Il s'agit d'une femme de trente-deux ans, atteinte il y a dix ans d'un goitre exophtalmique à symptômes graves, pour lequel M. JABOULAY lui pratiqua la section des deux sympathiques.

La maladie n'en parut pas immédiatement améliorée, mais la guérison survint lentement et progressivement. Tout allait bien. La malade se maria, eut un enfant bien portant, elle ne souffrait plus que de céphalées assez vives lorsque brusquement, il y a quatre ans, elle fut atteinte en une seule nuit d'une paralysie du releveur des deux paupières et des deux droits supérieurs. Depuis, l'état ne s'est pas modifié.

Acuité visuelle normale. Pas de lésions du fond de l'œil. Réflexes papillaires excellents. Pas de symptômes de tabès. A signaler seulement des plaques multiples de vitiligo dont le développement sur tout le corps se serait accru depuis la paralysie.

Cette malade est intéressante puisqu'elle permet de juger des résultats éloignés de la « sympathiectomie ».

Avant d'intervenir par l'opération de PANNAS, M. JACQUEAU se proposa d'essayer sur la malade l'iodure à doses élevées. Il ne put malheureusement la revoir.

¹ JACQUEAU, Société d'Ophtalmologie de Lyon. Séance de juillet 1911. (*Lyon Médical*, 1911, p. 396 (I)).

V

LA THYROIDECTOMIE SOUS-CAPSULAIRE DANS LE GOITRE EXOPHTALMIQUE

A. L'ANESTHESIE GENERALE. SES DANGERS

De nombreux cas malheureux sont venus assombrir les espérances des chirurgiens qui ont pratiqué les opérations que nous venons de décrire.

Parmi les causes d'insuccès, l'une des plus sérieuses nous paraît être le shock provoqué par l'anesthésie générale quand elle est utilisée dans les interventions sanglantes sur le corps thyroïde. Les dégénérescences du cœur observées par KOCHER et MICKULICZ (signalées par eux au XXIV^e Congrès de la Société allemande de chirurgie en 1895) ne semblent pas lui être complètement étrangères.

Et surtout lorsqu'il s'agit de malades âgés ou affaiblis, ou bien en présence de formes graves du basedowisme, on est en droit de se demander si l'anesthésie générale ne doit pas, à tout prix, être évitée afin, non seulement de supprimer une cause

d'intoxication surajoutée; mais aussi d'éviter les complications cardio-pulmonaires qui se greffent souvent sur les anesthésies générales.

CURTIS n'hésite pas à attribuer à la grande faiblesse de ses opérés les quatre cas de mort par hyperthyroïdisme aigu qu'il dut noter sur quatorze thyroïdectomie.

Il y a d'autres raisons qui nous ont décidé à abandonner l'anesthésie générale au cours de la thyroïdectomie, soit qu'elle s'adresse à des goitres ordinaires, soit qu'elle s'applique au goitre exophtalmique.

Ces raisons, les voici :

L'anesthésie générale, non seulement prédispose aux complications pulmonaires (surtout dans les opérations intéressant le cou), mais, au cours de l'intervention sur les goitres, elle peut provoquer des incidents fâcheux ou des accidents graves : *l'entrée de l'air dans les veines* (accident moins fréquent qu'on ne l'admet généralement), *l'asphyxie*, notamment dans le cas où le goitre a dévié ou aplati la trachée, ou simplement lorsqu'il s'agit d'exercer des tractions pour libérer le goitre de la trachée. On voit alors la respiration se modifier, du tirage, de la toux surviennent, l'opération doit être suspendue, retardée jusqu'à la reprise de la respiration normale.

Avec l'anesthésie générale entraînant de pareils accidents, la trachéotomie préventive ou urgente s'impose trop souvent pour remédier à des accidents redoutables d'asphyxie. C'est là une complication immédiate venant troubler le cours régulier ou l'harmonie d'une opération dûment réglée, c'est là

— nous voulons dire la trachéotomie — une menace surajoutée pour la vie du malade, et pouvant faire redouter la congestion pulmonaire ou la broncho-pneumonie.

Nous concluons formellement — et notre opinion est fondée sur la pratique de M. SIRAUD et les démonstrations péremptoires qui découlent de nos observations, toutes en faveur de l'anesthésie locale — nous concluons formellement au rejet de l'anesthésie générale dans les thyroïdectomies (comme d'ailleurs dans d'autres opérations sur le cou et en particulier la trachéotomie) et à l'adoption systématique de l'anesthésie locale.

B. L'ANESTHESIE LOCALE. SES AVANTAGES

Pour nous, la thyroïdectomie implique — comme conditions de facilité et de succès opératoires — l'anesthésie locale au chlorhydrate de cocaïne et à l'adrénaline. On trouve dans le commerce des ampoules titrées de chlorhydrate de cocaïne et d'adrénaline (1 ou 2 centigrammes de cocaïne par centimètre cube, et I ou III gouttes d'adrénaline au millième par ampoule). Leur emploi est courant, il en est de même des ampoules de syncaïne, novocaïne ou allocaïne. Peu importe le choix des variétés anesthésiques, leur emploi est sans danger. Nous utilisons régulièrement le chlorhydrate de cocaïne qui n'a jamais donné d'accident dans plus de trois cents cas de chirurgie du cou (thyroïdectomies ou trachéotomies, etc.) opérés par

M. SIRAUD. Il se produit quelquefois, chez certains malades offrant une susceptibilité particulière, de la céphalée, du vertige. Il est facile d'y remédier, soit par une injection hypodermique immédiate de caféïne, soit par l'absorption préventive d'une tasse de café.

L'anesthésie locale ainsi obtenue est suffisante pour mener à bon terme l'opération sans que le malade ressente de douleurs vives. Il suffit que l'anesthésie par la cocaïne et l'adrénaline, dont nous exposons plus loin la technique sommaire et simple, soit faite par plans ou par étages (cutané, musculaire, glandulaire).

L'opération pourra être menée à bien sans causer de souffrances au malade, la tolérance sera certaine.

Donc, les avantages de l'anesthésie locale sont démonstratifs.

Ce sont ces considérations qui nous ont conduit à préférer, dans l'extirpation sous-capsulaire du goitre exophtalmique, l'anesthésie locale.

VI

L'ÉNUCLÉATION SOUS-CAPSULAIRE DU GOITRE

DANS LA MALADIE DE BASEDOW

C'est le procédé de choix auquel nous nous rallions ; il a pour avantages sa simplicité opératoire et son innocuité absolue. Les observations que nous rapportons, dues à la pratique personnelle de M. le professeur agrégé SIRAUD en font foi.

Indications opératoires. — Tous les goitres exophtalmiques sont susceptibles de l'intervention chirurgicale : nous ne parlerons pas de ceux qui sont passagers, ils peuvent produire momentanément une intoxication générale de l'organisme, et cèdent habituellement à une thérapeutique purement médicale, ou disparaissent avec l'amélioration de l'état général.

D'autres, plus durables, entraînant les symptômes caractéristiques de la maladie de Basedow, complète ou fruste, sont aussi justiciables du traitement

médical, (opothérapie thyroïdienne notamment et iodure associés).

Nous posons comme principe de conduite thérapeutique que tout goitre exophtalmique doit être d'abord traité médicalement pendant quelques mois avant d'être opéré. Nous n'excluons de ce traitement préalable que les goitres kystiques, terme assez fréquent de la thyroïdite basedowienne, et dont nous relatons quelques cas. Sur de pareils goitres, le traitement médical est évidemment sans action. Les essais qu'on peut tenter sont voués à des échecs.

Enfin, dans certaines formes frustes où la triade n'est pas complète, où seuls peuvent exister comme symptômes apparents, la tachycardie, l'exophtalmie, et les troubles nerveux, dans ces formes frustes où peut manquer l'élément principal, le goitre, il ne saurait être question d'une intervention ; le goitre est insensible ou il est minime. De pareilles formes, qu'on ne doit cependant pas oublier, difficiles à découvrir en raison de l'absence du symptôme-signal sont d'ordinaire curables : elles relèvent essentiellement de la thérapeutique médicale.

En résumé, doit être opéré tout malade ayant le goitre caractéristique voué à l'échec du traitement opothérapique et ioduré et dont les symptômes d'intoxication thyroïdienne persistent.

Y a-t-il des contre-indications opératoires ? Nous n'en voyons guère que dans la gravité de l'état général : cachexie, lésions cardiaques, albuminurie etc. Il est élémentaire de s'abstenir en pareils cas.

A. TEMPS OPERATOIRES

Nous les divisons de la façon suivante :

- 1° Injection, par plans étagés, de la cocaïne.
- 2° Incision des plans cutanés et musculaires.
- 3° Dissection ou décortication des goîtres. Enucléation.
- 4° Sutures étagées.

1° Injection, par plans étagés, de la cocaïne. — Nous ne décrivons pas la technique connue de pareilles injections. Que faut-il ? Une seringue en verre, de volume suffisant, une cupule (inutile si l'on aspire directement la cocaïne dans l'ampoule), une aiguille en platine iridié dont la longueur soit suffisante pour pénétrer profondément dans les tissus.

Il est important de répartir la quantité de cocaïne suivant les divers plans qui recouvrent le goitre : en premier lieu dans la peau, deux injections transversales faites à droite et à gauche de la ligne médiane du cou et se rejoignant sur cette ligne médiane sont suffisantes. Très rapidement la cocaïne-adrénaline qui se diffuse facilement dans le derme, détermine la pâleur ischémique de la peau ; un léger massage de la surface cutanée favorise la diffusion de la cocaïne et l'extension du champ anesthésié.

En second lieu, deux injections dans les plans musculaires : sans qu'il soit besoin d'enlever complè-

tement l'aiguille qui a pénétré sous la peau, en la retirant prudemment tout près de l'orifice de ponction on la pousse dans les plans musculaires où l'on fait pénétrer une certaine quantité du liquide anesthésique, davantage en général que dans la peau. Nous avons remarqué en effet au cours de nos interventions, que la sensibilité des plans musculaires était plus aiguë, plus persistante que celle des plans cutanés. Il est donc important, pour éviter des souffrances assez vives à l'opéré, de surveiller rigoureusement l'anesthésie des muscles plats, rubannés, répartis au devant de la thyroïde.

En troisième lieu, et par le même orifice de ponction (un à droite, un à gauche), on injecte une certaine quantité de liquide à la surface du goitre, ou directement dans son épaisseur. Il est à remarquer que l'anesthésie de la glande est facilement obtenue peut-être parce que la sensibilité est normalement atténuée : la décortication partielle ou totale du goitre, l'énucléation du tissu thyroïdien malade, se font avec un minimum de douleurs. En général, 2 à 5 centimètres cubes des solutions commerciales de cocaïne-adrénaline sont suffisantes pour obtenir une anesthésie du champ opératoire. Celle-ci est acquise, habituellement, au bout de quinze à vingt minutes.

Lorsque le goitre est assez volumineux (surtout les goitres anciens devenus kystiques), deux injections pratiquées bilatéralement peuvent être insuffisantes pour obtenir une anesthésie complète des divers plans. Dans ce cas, il est possible d'ajouter aux deux injections latérales, deux vertico-médianes.

2° Incision des plans cutanés et musculaires.

— La peau peut être incisée verticalement sur la ligne médiane, au niveau de ce que l'on appelle improprement la ligne blanche du cou. Mais, à cette incision verticale laissant des traces cicatricielles trop visibles (à moins que l'on n'ait procédé à une suture intradermique), nous préférons une incision transversale dissimulée dans un des plis de flexion normaux du cou. Ceux-ci sont ordinairement assez marqués pour que le choix de l'un d'eux soit immédiatement arrêté au niveau du goitre. Aussi pareille incision n'a-t-elle qu'un avantage esthétique. Confondue avec un pli de flexion normal, elle se dissimule ultérieurement et reste à peine visible. La suture intradermique peut compléter encore l'effacement de l'incision. Quant aux muscles, ils doivent être incisés transversalement de manière à mettre à nu largement le goitre. Souvent ces muscles sont minces, aplatis et distendus par la tumeur.

3° Dissection ou décortication du goitre.

Enucléation. — C'est le point délicat de l'opération :

la dissection du goitre, son isolement du reste de la glande ou des tissus environnants doivent être conduits avec prudence. Le doigt, la sonde cannelée suffisent à libérer le goitre : il faut le dégager jusqu'à sa capsule propre, anatomiquement reconnaissable à son aspect brillant, lisse, ses varicosités veineuses et ses artérioles, en situation polaire, ascendantes ou descendantes.

L'opérateur arrivé sur le goitre se trouve généra-

lement en présence de deux cas : ou bien le goître reste diffus dans le parenchyme glandulaire, ou bien il est, grâce à une coque conjonctive, complètement isolable.

Dans le premier cas, s'il est impossible d'isoler le goître du reste de la glande, la conduite à tenir est simple : on incise avec précaution la capsule propre, en assurant l'hémostase des troncs veineux souvent très développés et qui serpentent dans la capsule, puis, au moyen d'une curette, on enlève le tissu thyroïdien malade. Celui-ci peut être adhérent, dur, vasculaire, et, en pareil cas, son ablation offre quelque difficulté, mais facilement surmontable avec un peu d'adresse. Les limites du tissu malade sont d'ordinaire marquées par un véritable cloisonnement conjonctif, ou bien disposé sous la forme de trabécules périphériques, ou encore sous celle d'une véritable coque conjonctive. Au cours de cette énucléation, l'hémorragie peut être assez abondante. On y remédie par le tamponnement à la gaze de la cavité au fur et à mesure que la cavité intraglandulaire se creuse par l'ablation du tissu thyroïdien ; ou bien par l'hémostase méthodique des pédicules vasculaires, qu'il est facile en général de découvrir en leur lieu d'élection.

Le plus souvent, l'ablation du goître est facile : le parenchyme thyroïdien malade est mou, parsemé de glandules dilatées, presque kystiques, pâles, exsangues. Ce peut être quelquefois une sorte de bouillie, même un véritable kyste.

Envisageons maintenant le second cas : le goître s'isole facilement du reste de la glande grâce à une

véritabte coque conjonctive lâche et mince — le plan de clivage étant trouvé, rien n'est plus simple que de poursuivre cette décortication jusqu'au pédicule trachéal. — Ici l'hémostase préventive, systématique des pédicules vasculaires s'impose. En général, il suffit de l'assurer par des pinces et, une fois l'ablation totale du goitre terminée, on procède au quatrième acte opératoire.

4° Sutures étagées. — Il est de toute importance de procéder méthodiquement à la suture des divers plans de la région, soit pour réaliser une hémostase parfaite, soit pour faire disparaître toute cavité ou clore un espace mort, soit pour éviter une déformation dans une région mal ou insuffisamment reconstituée. La suture des plans profonds, c'est-à-dire du pédicule peritrachéal, ou bien de la portion profonde de la glande et de sa capsule, doit être rigoureusement faite : une telle suture pratiquée méthodiquement (au catgut résorbable) permet d'assurer l'hémostase parfaite. Les parties molles profondes sont embrochées à l'aiguille et réunies fortement par des points en U. Quand ces plans, parfaitement réussis sont exsangues, on passe à la reconstitution des plans musculaires dont la sangle normale doit être conservée et réappliquée au-devant du cou. Enfin, il reste la suture cutanée, faite par points espacés ou par points continus intradermiques.

Inutile de drainer : nous répétons que si les sutures, réparties méthodiquement par étages, sont suffisam-

ment rapprochées et serrées dans la région opératoire profonde, tout écoulement sanguin est arrêté, il n'y a ni hématome ultérieur, ni infection surajoutée, à la condition élémentaire d'une rigoureuse asepsie.

B. SUITES OPÉRATOIRES. RÉSULTATS

En somme, le procédé opératoire, tel que nous venons de le décrire est simple, à la portée de tout chirurgien, et enfin nous le déclarons absolument inoffensif, puisque dans plus de cinquante cas de goitres exophthalmiques ainsi opérés, nous n'avons eu aucune complication ; c'est-à-dire : pas d'accidents d'intoxication thyroïdienne, pas de complications cardio-pulmonaires, pas de réaction fébrile, pas d'accidents locaux inquiétants.

Les malades sont généralement debout dans les quarante-huit heures qui suivent l'opération. A noter que, pendant les trois ou quatre premiers jours, ils (ou elles) accusent de la dysphagie, mais jamais assez prononcée pour empêcher la déglutition d'un peu de liquide. Il se produit aussi des douleurs cervicales, irradiées jusqu'à la nuque, et des douleurs dentaires localisées au maxillaire inférieur.

L'examen des cas, l'analyse des observations font voir que, très rapidement, se produisent des améliorations, inégalement réparties, mais progressives chez les malades.

Les symptômes nerveux généraux : agitation, céphalée, instabilité, irritabilité, angoisses, modifications du teint, de la face... disparaissent en premier

lieu. Telle malade vouée à l'insomnie récupère rapidement le sommeil, et le calme moral apparaît au bout de huit à dix jours. Puis, progressivement et par ordre, s'atténuent et s'effacent l'exophtalmie, la tachycardie et le tremblement des extrémités.

Ces deux derniers symptômes exigent pour disparaître souvent deux, trois, quatre, cinq ou six semaines, mais leur atténuation s'exquisse dès les premiers jours post-opératoires, et l'opéré accuse un bien-être rapide. — Nous avons pu suivre des malades qui, après quelques mois, étaient complètement guéries. — Chez d'autres, peuvent persister des symptômes atténués d'intoxication thyroïdienne. Il est logique d'admettre dans de tels cas, que certaines portions de la glande continuent à être malades; nous les avons observés surtout dans les formes diffuses du goitre exophtalmique, non encapsulées, et pour lesquelles l'énucléation sous-capsulaire a dû être pratiquée.

En fait, que valent, en présence de tels résultats opératoires, les craintes injustifiées de certains médecins ou chirurgiens qui redoutent de s'attaquer au goitre exophtalmique? Ces craintes sont vaines, nos observations le démontrent, et nous concluons formellement: le goitre exophtalmique doit être opéré, l'intervention est bénigne, l'abstention opératoire est une faiblesse.

OBSERVATION I

M^{me} R..., propriétaire à G... (Isère), soixante-sept ans.
Mariée, Trois enfants vivants.

Antécédents héréditaires nuls. Parents morts, âgés tous deux, d'une affection pulmonaire.

Antécédents personnels nuls ou insignifiants.

Le 20 juin 1909, elle nous présente un goitre du lobe gauche datant de près de dix ans, à développement très lent, procédant par poussées périodiques de quelques semaines espacées par des périodes d'arrêt de progression très longues (plusieurs mois).

En avril 1909, après une atteinte de grippe, l'augmentation de volume s'est révélée très rapide.

La tumeur occupe toute la région thyroïdienne, en forme de fer à cheval, débordant les deux sterno-mastoïdiens en arrière.

Symptômes de compression des récurrents (dysphonie intermittente, voix bitonale). Pas de déviation de la trachée. Exophtalmie légère, mais appréciable, n'échappant pas à l'entourage du malade.

Pouls à 98. Tremblement léger le matin, plus accentué le soir. Douleur occipito-cervicale vague, mais pénible par sa persistance depuis un mois.

Pas de symptômes de compression du sympathique. Tour de cou : 42 centimètres.

Le 26 juin, la malade entre à l'hôpital Saint-Luc. Elle est opérée le 28 juin par le Dr Siraud. Enucléation sous-capsulaire du goitre sous anesthésie locale.

Le 16 juin 1919, nous avons revu la malade. Le goitre n'a pas reparu. Tour de cou : 34 centimètres. Pouls à 74.

L'exophtalmie n'existe plus. La parole est facile et la voix claire. La malade continue chaque année deux cures de thyroïdine à 0 gr. 50 par jour, cures de précaution d'une durée d'un mois chacune. Très bon état général actuel.

OBSERVATION II

M^{me} Ch., sans profession, à Lyon, trente-trois ans.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à cinquante-

huit ans, des suites de la grippe l'hiver dernier, porteuse elle-même d'un goitre simple peu volumineux, depuis l'âge de vingt-quatre ans.

Antécédents personnels insignifiants. La malade ne se souvient que d'affections bénignes de l'enfance et d'indispositions sans importance.

Le 6 avril 1910, elle présente un goitre volumineux dont l'origine remonte à quatre ans. Elle en attribue la poussée à un séjour de deux ans qu'elle fit alors dans la famille de sa mère, en Maurienne, pays goitrigène. Depuis six mois, elle souffre de troubles respiratoires dus à la compression de la trachée. En position couchée, il y a du cornage (il lui semble, dit-elle qu'une boule appuie sur sa gorge la nuit). L'enrouement est persistant depuis trois mois sans qu'il y ait d'érythème notable du pharynx. Exophtalmie et tremblement des mains très accusés. Faiblesse et abattement considérables. Perte presque totale de l'appétit, état neurasthénique. Poids : 48 kilogrammes. Pouls à 102. Tour de cou : 40 centimètres.

Le 12 avril 1910, la malade entre à l'hôpital Saint-Luc. Le 13 avril, la thyroïdectomie sous-capsulaire est pratiquée par le Dr Siraud sous anesthésie locale.

Nous avons reçu cette malade le 21 juin 1919. Elle pèse 57 kilogrammes. L'état psychique est resté assez défectueux, subordonné à un état de nervosisme extrême dont elle a souffert toute sa vie. L'anémie persiste quoique très améliorée. L'exophtalmie est très diminuée et reste stationnaire depuis fin 1910. Un léger tremblement persiste.

Pouls à 80. Tour de cou : 33 centimètres.

En somme, disparition à peu près complète du basedowisme et amélioration considérable de l'état général.

OBSERVATION III

M^{me} S..., couturière, à Lyon.

Trente-neuf ans. Mariée. Pas d'enfants.

Antécédents héréditaires inexistants. Parents morts âgés. Une sœur bien portante.

Antécédents personnels. — Cette malade a toujours été de santé très délicate, elle n'a pu être élevée qu'au prix de grands soins au cours d'une enfance malade. Elle est mal réglée, ses époques sont douloureuses. Son squelette présente des déformations rachitiques. Elle a toujours souffert de névralgies tenaces qui l'ont poussée à absorber des doses considérables d'antinévralgiques, d'où des gastralgies continuelles.

Le 6 mai 1913, la malade présente un goitre en fer à cheval datant d'une dizaine d'années, traité sans succès par la thyroïdine et l'iodure de potassium, à développement progressif. Son état nerveux est grave, la dépression est considérable. Les globes oculaires sont saillants. Le tremblement des mains est caractéristique. Pouls à 100. Tour de cou : 47 centimètres.

Le 20 mai 1913, opération pratiquée par le Dr Siraud. Enucléation sous-capsulaire du goitre sous anesthésie locale.

Le 18 juin 1919, nous revoyons cette malade. Elle se trouve actuellement très anémiée, à peine remise d'une rechute de grippe. L'état général laisse, par suite, fort à désirer. Mais il n'y a plus trace d'exophtalmie. Un léger tremblement est toujours notable, mais il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'une femme très émotive et sans cesse malade. Pouls à 82. Tour de cou : 36 centimètres. Il n'y a plus aucun symptôme net de basedowisme.

OBSERVATION IV

M^{me} J..., sans profession à C... (Drôme), trente et un ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort à soixante ans d'une congestion cérébrale. Mère bien portante.

Antécédents personnels. — Tempérament migraineux, mais santé toujours relativement bonne. Aucune maladie grave antérieure.

Le 29 mars 1916, la malade se présente au Dr Siraud pour la première fois. Elle est inquiétée par le développement, devenu très rapide depuis la fin de l'année précédente de son goitre qu'elle a vu naître il y a sept ans, en même temps qu'elle se trouve plus nerveuse et souffre d'insomnies nocturnes qui l'affaiblissent et accentuent son état nerveux.

L'exophtalmie est très nette, ainsi que le tremblement basedowien. Pouls à 97. Tour de cou : 43 centimètres.

Le 6 avril 1916, la malade entre l'hôpital Saint-Luc. Elle est opérée par le Dr Siraud. Enucléation sous-capsulaire du goitre. Anesthésie locale

Le 18 juillet 1919, nous la revoyons bien portante. Elle souffre toujours de migraines, surtout l'été. La triade symptomatique du basedowisme a disparu. Il n'y a plus de tachycardie, plus de tremblement, plus d'exophtalmie notable. La cicatrice opératoire est à peine perceptible, cachée dans un sillon de la peau du cou. Pouls à 72. Tour de cou : 37 centimètres.

OBSERVATION V

M^{me} A..., ménagère à T... (Haute-Savoie), trente et un ans.

Antécédents héréditaires. — Père et mère vivants bien portants, mais tous deux porteurs depuis leur jeunesse d'un goitre léger.

Antécédents personnels. — La malade, mère de deux enfants bien portants est, elle-même affligée d'un goitre médian qui a pris naissance au moment de la puberté, et dont le développement d'abord insensible, s'est accru surtout depuis trois ans. Elle a toujours vécu en pays goitrigène.

Le 30 mars 1916, elle vient consulter le Dr Siraud. Le cou est volumineux, les symptômes du goitre exophtalmique sont nets. Tour de cou : 40 centimètres.

Le 2 octobre 1916, la thyroïdectomie sous-capsulaire est pratiquée par le Dr Siraud, sous anesthésie locale.

Cette malade a été revue en mai 1917.

La disparition de la triade de Basedow était complète. Le nombre des pulsations était normal, l'exophtalmie n'avait pas reparu, la tumeur n'avait pas récidivé.

OBSERVATION VI

M^{me} R..., sans profession à Lyon, cinquante ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort à trente-deux ans accidentellement. Mère morte à soixante ans d'urémie.

Antécédents personnels à peu près nuls. Fièvre muqueuse à l'âge de dix-sept ans.

La malade est vue pour la première fois le 11 novembre 1916. Elle présente un goitre bilatéral énorme occasionnant de la dyspnée, du cornage, des accès de toux paroxystique et même par moments de la dysphagie. L'exophtalmie est très apparente ainsi que le tremblement brachial et la tachycardie. La malade naturellement gaie devient lentement neurasthénique. Pouls à 100. Tour de cou : 48 centimètres. Le 25 novembre 1916. Enucléation sous-capsulaire du goitre pratiquée par le Dr Siraud, sous anesthésie locale.

Le 12 juin 1919 nous revoyons la malade, qui se déclare complètement guérie. Sa bonne santé est évidente. Une très légère saillie des globes oculaires persiste. Le pouls est normal. La dyspnée, la toux, la dysphagie ont disparu quelques jours après l'opération et n'ont pas reparu depuis lors. Pouls à 70. Tour de cou : 36 centimètres.

OBSERVATION VII

M. P..., serrurier à Lyon, cinquante-six ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort à quarante-cinq ans d'angine de poitrine. Mère âgée de soixante-quinze ans.

Antécédents personnels. — Bon état de santé habituel.

Passé peu chargé. Bronchites fréquentes au cours des dernières années.

Le 2 février 1919 le malade présente un goitre assez volumineux datant de quatre ans, développé dans le lobe droit de la glande thyroïde. Il y a déviation à gauche et compression de la trachée, d'où oppression et dyspnée d'effort allant jusqu'à provoquer la syncope, cornage très accentué. Ces troubles obsèdent le malade qui réclame l'intervention. Exophtalmie peu considérable, mais appréciable. Le pouls est à 105. Tour de cou : 47 centimètres.

Le 10 février 1919, opération pratiquée par le Dr Siraud. Anesthésie locale. Enucléation sous-capsulaire du goitre, Ablation totale du lobe thyroïdien kystique et en voie de dégénérescence probable.

Le 4 juillet 1919 le malade est méconnaissable. Il vaque sans effort à ses occupations qui sont très pénibles. Le pouls est à 70. Tour de cou : 39 centimètres. Il n'y a plus d'exophtalmie, plus de tremblement.

OBSERVATION VIII

M^{me} D..., négociante à Lyon, quarante ans.

Antécédents héréditaires. — Père mort très âgé. Mère morte à cinquante ans d'un ictère grave.

Antécédents personnels. — Malade bien portante jusqu'à son mariage. Opérée de l'appendicite à la Salpêtrière à Paris le 10 juillet 1912. Fistule stercorale consécutive, puis septicémie, phlébite. Deux fausses couches consécutives, puis un enfant vivant.

Le 3 février 1919 la malade très anémiée et très nerveuse, présente un goitre étalé de volume assez considérable, dont l'apparition a, dit-elle, coïncidé avec sa première fausse couche, il y a seize ans. Elle souffre de fréquentes laryngites, de sensations d'étouffement. Il y a de l'œdème à répétition des jambes à la suite de la phlébite.

Tachycardie et tremblement fibrillaire très accentués.

Exophtalmie prononcée, nervosisme extrême. Traitée depuis un an à la thyroïdine et à l'iodure de potassium sans résultats, la malade réclame l'intervention chirurgicale. Pouls à 111. Tour de cou : 43 centimètres.

Le 5 février 1919, opération pratiquée par le Dr Siraud. Anesthésie locale.

Extirpation sous-capsulaire du goitre. Suture hémostatique du moignon.

De suite après l'intervention, le pouls tomba à 85 pulsations, les troubles respiratoires disparurent. La malade accusa de l'insomnie pendant huit jours, puis tout rentra peu à peu dans l'ordre. Le 4 juillet, l'exophtalmie n'existe plus, le pouls est à 72. Par suite de stations fréquentes forcées dans une pièce humide et froide, la malade est devenue sujette à des laryngites fréquentes, mais la respiration est facile et la voix est normale actuellement. Un peu d'anémie persiste. Le tour de cou : 37 centimètres. Tout symptôme de basedowisme a disparu.

OBSERVATION IX

M^{me} P..., ménagère à Lyon, trente-sept ans.

Antécédents héréditaires. — Père très âgé vivant. Mère morte en couches à vingt-huit ans.

Antécédents personnels. — Simplement quelques maladies bénignes de l'enfance. Elle a été opérée d'un fibrome utérin il y a trois ans.

Le 20 mars 1919 elle présente un goitre volumineux développé surtout à gauche et provoquant l'applatissage et la déviation à droite, de la trachée. Ce goitre a pris naissance il y a six ans. Depuis quelques mois, la malade est inquiétée par une gêne respiratoire particulièrement pénible la nuit. Il y a de la dyspnée au moindre effort du coruage. Il y a compression du récurrent droit ayant entraîné la paralysie de la corde vocale correspondante, d'où la voix bitonale caractéristique. Il y a douleur constante de la

région cervicale droite depuis deux mois. L'exophtalmie est légère, mais visible, le tremblement fibrillaire est accentué. Pouls à 98. Tour de cou : 43 centimètres.

Le 28 mars 1919 la malade est opérée par le Dr Siraud. Anesthésie locale.

Décortication sous-capsulaire du goitre.

Pédiculisation. Sutures.

Elle quitte l'hôpital Saint-Luc le 5 avril. Les troubles respiratoires ont disparu immédiatement après l'intervention. Le 20 août 1919 ces troubles n'ont pas reparu. L'exophtalmie n'est plus perceptible. Le pouls bat normalement à 72. La corde vocale paralysée a repris sa fonction, la voix est normale. Tour de cou : 36 centimètres. La malade, alerte et enjouée a repris ses occupations de ménagère.

OBSERVATION X

M^{lle} D..., institutrice à J.... (Savoie).

Antécédents héréditaires. — Nuls. Père et mère vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — Très bonne santé jusqu'en 1916. Le goitre est apparu au cours de l'hiver 1917 et avec lui des troubles variés du système nerveux. La malade habite en pays goitrigène. Elle a été traitée sans succès par l'iodure de K et la thyroïdine pendant deux ans.

Le 28 juillet 1919 elle présente un goitre étalé en fer à cheval. L'exophtalmie très évidente a fait son apparition dès le courant de l'année 1918. Le tremblement est accentué. Le pouls : 120 à 130. Le nervosisme est extrême. Il y a amaigrissement marqué, perte des forces et de l'appétit, pâleur de la face. Il y a dysphagie par compression trachéale et dysphonie par intermittences. Tour de cou : 38 cm. 5.

Le 30 juillet 1919 la malade est opérée à l'hôpital Saint-Luc par le Dr Siraud. Anesthésie locale. Enucléation du parenchyme thyroïdien mou.

Le 5 août 1919 le premier pansement est effectué. Réunion de la plaie par première intention. Pas de réaction fébrile. La malade est complètement soulagée, elle avale sans effort, respire normalement, la voix est claire. Pouls à 116. Tour de cou : 35 centimètres.

Le 10 septembre 1919, cette malade nous écrit, pour répondre aux questions que nous lui avons posées :

« 1° Nombre de pulsations : 100. Tour de cou : 35 centimètres.

« 2° Etat des globes oculaires : normal.

« 3° Troubles nerveux : le tremblement des mains est beaucoup moins accentué qu'avant l'opération, mais perceptible encore ; quant à l'état nerveux, il ne paraît pas revenu encore au calme habituel.

« 4° Etat de la phonation : voix aussi claire qu'elle l'était auparavant.

« 5° La déglutition se fait sans aucune gêne.

« 6° L'état général n'a cessé de s'améliorer depuis mon départ de l'hôpital et il me paraît excellent.

CONCLUSIONS

I. — Tout cas de goitre exophtalmique récent est justiciable d'une thérapeutique médicale.

II. — En cas d'échec des divers procédés de thérapeutique médicale, c'est à l'intervention chirurgicale que l'on devra s'adresser.

III. — Les différentes méthodes d'intervention sanglante ont jusqu'ici donné des résultats très imparfaits, dont les statistiques inquiétantes font hésiter un grand nombre de médecins et de chirurgiens.

IV. — L'anesthésie générale complique l'opération. Elle est remplacée avec le plus grand succès par l'anesthésie locale par plans étagés.

V. — La thyroïdectomie sous-capsulaire, sous anesthésie locale, constitue l'opération de choix dans tout cas de goitre exophtalmique. L'opération est

inoffensive et sur cinquante-trois cas, appartenant à la pratique chirurgicale de M. Siraud, il y a eu cinquante-trois guérisons.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

ROCHET

Vu :

LE DOYEN,

L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 23 octobre 1919

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- AHMED-HUSSEIN, *Section du sympathique cervical dans le goitre exophtalmique* (thèse de Lyon, 1896).
- ALLEN STARR, Nature et traitement du goitre exophtalmique (*Medical News*, 1893, London).
- BÉRARD (Léon), Corps thyroïde. Goitres (*Nouveau Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, Baillière et fils, 1908).
- CURTIS, Goitre exophtalmique (*Annales of Surgery*, 1906).
- DALMAS (Louis), *Troubles psychiques dans le goitre exophtalmique* (Paris, 1909).
- DEVIC et GARDÈRE, Traitement du goitre exophtalmique par le sérum de Möbius (*Lyon médical* du 11 septembre 1910).
- DOR (Henri), Sur le goitre exophtalmique (*Revue générale d'ophtalmologie*, 1904).
- DOR (Louis), Sur le goitre exophtalmique (*Revue générale d'ophtalmologie*, 1906).
- DURAND, *Thyroïdectomie partielle dans le goitre exophtalmique* (thèse de Paris, 1895).
- FREIBERG, Traitement chirurgical du goitre exophtalmique (*Medical New*, 1893).
- HEINZE, Sur le goitre exophtalmique (*Deutsche Medical Wochensh.*, 1906).
- JABOULAY, *Chirurgie du grand sympathique et du corps thyroïde*.
- JONNESCO, Traitement chirurgical du goitre exophtalmique (*Congrès français de chirurgie*, 1897).

- JAUSSEMET, *Traitement du goitre exophtalmique par le salicylate de soude* (Paris, 1904, thèse).
- KOCHER et MICKULICZ, *Traitement chirurgical de la maladie de Basedow* (XXIV^e Congrès de la Société allemande de chirurgie, 1895).
- LENORMANT, *Goitre exophtalmique* (*Précis de Pathologie chirurgicale*, Masson et C^{ie}, édit., 1914).
- LÉPINE (Jean), *Le goitre exophtalmique devant la sérothérapie* (*Revue de Médecine*, déc. 1906).
- MASSON, *Le Goitre exophtalmique. Sa pathogénie. Son traitement* (thèse de Genève, 1918).
- MARQUÈS, *Contribution à l'étude des résultats de la sympathicectomie dans les cas de goitre exophtalmique* (thèse de Montpellier, 1901).
- MÖBIUS, *De l'intervention chirurgicale dans la maladie de Basedow* (*München. Medic. Wochenschr.*, 3 janvier 1899).
- *Traitement du goitre exophtalmique* (*Spezielle Pathol und Therapie*, Nothnagel).
- MOREAU, *Les traitements du goitre exophtalmique* (thèse de Paris, 1899).
- OUVRIEU, *Sur le traitement du goitre exophtalmique. De l'action du salicylate de soude sur la maladie de Basedow* (thèse de Toulouse, 1904).
- POLLET, *De la thyroïdothérapie dans le goitre exophtalmique* (thèse de Lille, 1902).
- PONCET, *Dangers des opérations dans le goitre exophtalmique* (*Congrès français de chirurgie*, 1897).
- RATTNER, *Sérothérapie du goitre exophtalmique* (*Neurol. Centralbl.*, 1907).
- SAINT-LAGER, *Causes du crétinisme et du goitre exophtalmique* (Baillière et fils, édit., 1867).
- SOLARY, *Traitement chirurgical du goitre exophtalmique* (thèse de Paris, 1894).
-

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	7
HISTORIQUE	9
Exposé sommaire des principaux procédés de thérapeu- tique médicale du goitre exophtalmique	11
Exposé des principaux procédés chirurgicaux	17
La thyroïdectomie sous-capsulaire dans le goitre exoph- thalmique	25
L'énucleation sous-capsulaire du goitre dans la maladie de Basedow	29
CONCLUSIONS	47
BIBLIOGRAPHIE	49

